

Significações de doença, confronto sintomático e adaptação em pacientes de Reumatologia e Ortopedia: Uma abordagem desenvolvimentista e dialéctica

ANA PIRES (*)

L. JOYCE-MONIZ (**)

OBJECTIVOS DESTE ESTUDO PRELIMINAR

As significações, representações ou crenças que as pessoas desenvolvem sobre a doença e os processos biomédicos associados, têm sido alvo de inúmeros estudos no âmbito da Psicologia da Saúde (*e.g.*, Bishop & Converse, 1986; Joyce-Moniz & Reis, 1991; Lau & Hartman, 1983; Leventhal, 1982; Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001; Reis & Fradique, 2002, 2004; Barros, 1996; LaGreca & Hanna, 1983).

De facto, a sua importância salienta-se com o papel determinante que estas significações exercem sobre os processos patológicos. Traduzindo a vivência subjectiva da pessoa, as significações sobre os processos de doença determinam em grande parte a adaptação e o confronto do doente com os seus sintomas somáticos e/ou somatoformes, a adesão

aos tratamentos, a evolução da doença e a própria emocionalidade concomitante a todos estes processos biomédicos.

Neste texto, pretende-se introduzir um estudo sobre a caracterização desenvolvimentista e dialéctica dessas significações, condição necessária para uma intervenção com a mesma orientação.

Como adiante se verá, a caracterização desenvolvimentista e dialéctica, incluiu 1) as dimensões do processo de doença que foram mais significativas para os doentes; 2) os níveis de significação prevalentes em cada uma das dimensões; 3) as acções dialécticas subjacentes às significações dos doentes sobre as diferentes dimensões da doença.

Convém referir que o presente estudo está inserido num projecto de investigação mais vasto sobre a utilidade da caracterização desenvolvimentista e dialéctica das significações dos doentes de Reumatologia e Ortopedia para uma intervenção clínica assente em metodologias de auto-sugestão (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Esse projecto de investigação irá prolongar-se por três anos e incluirá cerca de uma centena de doentes com patologias reumáticas e ortopédicas. Neste texto, serão apresentados parte dos seus resultados iniciais, os quais se reportam a doentes com Artrite Reumatóide, Tendinite, Hérnia Discal e Osteoartrose.

(*) Doutoranda em Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

(**) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

SINTOMATOLOGIA FÍSICA E PSICOLÓGICA DAS DOENÇAS IMPLICADAS

A Artrite Reumatóide consiste numa doença reumática, de natureza auto-imune e de carácter inflamatório, que se manifesta, sobretudo, através de sintomas de dor, tumefacção, rigidez e perda da função (mobilidade) das articulações, podendo o utente apresentar, ainda, sensações de fadiga e de mal-estar geral. Apesar das manifestações desta afecção incidirem, principalmente, sobre as estruturas articulares, outros órgãos e estruturas poderão também ser atingidos, nomeadamente, o pulmão, o coração, os olhos e os vasos sanguíneos. Na maioria dos utentes com Artrite Reumatóide, a doença tende a evoluir de uma forma progressiva, traduzindo-se num agravamento crescente da sintomatologia ao longo dos anos (Queiroz, 1996; Vaz, 2000; Maini & Zvaifler, 1998).

A Tendinite insere-se também nas patologias reumáticas e resulta da inflamação de um tendão (corda fibrosa de tecidos que liga os músculos aos ossos), traduzindo-se, geralmente, em dores limitativas da realização de movimentos pelo doente. O avanço etário aumenta a susceptibilidade dos tendões ao aparecimento de lesões (Gaião, 2002).

A Hérnia Discal é definida como uma doença ortopédica resultante de uma ruptura do disco intervertebral, que origina uma compressão das raízes nervosas ao nível da coluna vertebral. Manifesta-se, geralmente, através de dores ao nível da coluna que podem irradiar para os membros superiores e/ou inferiores consoante a localização da hérnia, limitando, desta forma, a funcionalidade da pessoa. Para além dos sintomas dolorosos, que se agravam com a mobilização da coluna e com o esforço físico, o utente tende a manifestar também alterações da sensibilidade e da força muscular (Queiroz, 2002).

A Osteoartrose, também designada como patologia ortopédica, consiste numa perturbação crónica das articulações, caracterizada pela degenerescência da cartilagem e do osso adjacente, traduzindo-se em sintomas de dor, rigidez, alterações da sensibilidade e limitação dos movimentos (Queiroz, 1996, 2002).

As implicações psicológicas e sociais das afecções reumáticas e ortopédicas acima descritas têm merecido a atenção dos especialistas nestas áreas e constituem um domínio amplamente estudado (*e.g.*, Teixeira, 1996, 2002; Yelin, 1998; Silva, 2004; Ahmet & Mermi, 2007; Monaghan *et al.*, 2007; Katz & Yelin, 1995;

Dickens & Creed, 2001; Parker & Wright, 1995; Eberhardt, Larsson & Nived, 1993; Yelin, Henke & Epstein, 1987; Newman & Mulligan, 2000; Fitzpatrick *et al.*, 1988). A experiência subjectiva de dor e as disfunções motoras que acompanham estas patologias limitam, com frequência, a capacidade do indivíduo para cuidar do próprio e para realizar as suas tarefas e actividades diárias.

A natureza emocionalmente perturbadora das patologias ortopédicas e reumáticas revela-se no facto que, para além da perda da funcionalidade e da autonomia, outras perdas acrescentam sofrimento ao utente: perda do bem-estar, diminuição da auto-estima decorrente da alteração da imagem corporal, incapacidade para o envolvimento em actividades recreativas e de tempos livres, o desmoronar de projectos e sonhos, perda do estatuto profissional e os consequentes prejuízos financeiros. Frequente e intimamente associados às afecções reumáticas e ortopédicas, todos estes aspectos são muitas vezes geradores de emoções negativas que, por sua vez, influenciam a vivência subjectiva da doença. O doente com patologia ortopédica ou reumática tende a manifestar com frequência emoções de revolta, raiva, cólera, ansiedade ou até mesmo sintomas depressivos, os quais não só se reflectem na interacção com os outros, como podem influenciar, de forma negativa, a sintomatologia, a progressão da doença e o próprio investimento do utente no seu tratamento e controlo dos sintomas.

Neste sentido, o doente deprimido torna-se mais vulnerável às frustrações e incapacidades decorrentes da doença e aos seus sintomas físicos, particularmente à dor. A intensidade percebida dos seus sintomas dolorosos é, assim, exacerbada pelos seus sintomas depressivos, os quais agravam o sofrimento físico do doente. Por outro lado, a perda de esperança do doente deprimido relativamente ao tratamento tende a prejudicar a sua adesão a este, impedindo, desta forma, a evolução positiva da sua doença ortopédica ou reumática.

Estes aspectos reflectem a estreita relação existente entre as doenças reumáticas e ortopédicas e os factores psicológicos, evidenciam a relevância e utilidade do papel que a Psicologia da Saúde pode e deve desempenhar, em colaboração com as especialidades da Medicina, na adaptação do doente de Ortopedia ou Reumatologia à sua doença e no confronto com os seus sintomas somáticos e/ou somatoformes.

AMOSTRA

Os resultados preliminares do referido projecto de investigação, apresentados nesta exposição, dizem respeito a onze utentes adultos do Centro Hospitalar do Médio Tejo (Hospital de Abrantes) e do Centro de Saúde de Abrantes, que se encontravam a receber tratamento médico para as suas patologias reumáticas e ortopédicas. Os utentes, designados, por uma letra maiúscula, foram agrupados segundo a sua patologia ortopédica ou reumática prevalente. Procedeu-se, pois, à formação de quatro grupos, cada um deles identificado pela designação da patologia prevalente dos doentes que o constituem: Artrite Reumatóide, Tendinite, Hérnia Discal e Osteoartrose.

Nas Tabelas 1, 2, 3 e 4, apresentam-se as informações

demográficas (género e idade) e clínicas (outras patologias reumáticas ou ortopédicas, sintomas principais) dos quatro grupos de doentes mencionados.

FUNDAMENTOS E METODOLOGIA

Os onze utentes cujas significações foram identificadas e classificadas neste estudo, foram igualmente submetidos a uma intervenção individual com metodologias auto-sugestivas com a duração de três meses (*i.e.*, oitenta e quatro dias), com o objectivo de adquirirem um maior controlo pessoal sobre os seus sintomas somáticos (*e.g.*, dor) e psicológicos (*e.g.*, ansiedade, depressão) e, desta forma, conseguir um melhor confronto e adaptação à sua patologia.

TABELA 1
Grupo Artrite Reumatóide

Utentes	Género	Idade	Outras Patologias	Sintomas
A	Feminino	62	Osteoartrose	Dores principalmente nos joelhos; dificuldades na mobilização dos braços, pernas, mãos e pés; rigidez matinal; fadiga.
B	Feminino	44	Osteoartrose	Dores no pescoço, ombros, coluna, braços, mãos, pernas e pés; diminuição da força muscular; dificuldades na mobilização e nos movimentos com as mãos; rigidez matinal; ansiedade e sintomas depressivos.
C	Feminino	58	Osteoartrose	Dores na coluna, braço e joelhos; dificuldades na mobilização e nos movimentos com as mãos; tumefacção sobretudo das articulações das mãos; ansiedade.

TABELA 2
Grupo Tendinite

Utentes	Género	Idade	Outras Patologias	Sintomas
D	Feminino	53	Osteoartrose	Dores na pescoço, ombros, coluna, braços, mãos, pernas, nádegas e pés; dificuldades na mobilização e nas tarefas domésticas; sintomas depressivos.
E	Masculino	50	Osteoartrose	Dores no ombro direito e nas costas, braço e joelho direito; dificuldades nas tarefas diárias e recreativas; sintomas depressivos.

TABELA 3
Grupo Hérnia Discal

Utentes	Género	Idade	Outras Patologias	Sintomas
F	Feminino	52	Osteoartrose	Dores no pescoço, ombros, coluna, pernas e pés; dificuldades nas tarefas domésticas e nas tarefas relacionadas com a higiene pessoal; perda da sensibilidade no pescoço, coluna, braços e pernas; ansiedade e sintomas depressivos; baixa auto-estima.
G	Feminino	55	Osteoartrose	Dores nas costas, pernas e pés; perda da sensibilidade nas mãos, pernas e pés; dificuldades nas tarefas da vida doméstica e no movimentos com as mãos.

TABELA 4
Grupo Osteoartrose

Utentes	Género	Idade	Outras Patologias Reumáticas ou Ortopédicas	Sintomas
H	Feminino	60		Dores na coluna, nas mãos e pernas; rigidez sobretudo ao nível da coluna; dificuldades na mobilização; ansiedade e sintomas depressivos.
I	Feminino	56	Hérnia discal	Dor e perda da sensibilidade na coluna, braços e pernas; dificuldades na mobilização.
J	Feminino	57		Dores nas pernas e na mão direita; tumefacção nas articulações da mão direita; ansiedade.
K	Masculino	59	Hérnia discal	Dores nas costas, pescoço, joelhos, braços, mãos e pés; dificuldades na mobilização; ansiedade.

A intervenção, que se pretendeu um complemento ao tratamento biomédico, consistiu numa estratégia auto-sugestiva assente em parte numa forma de relaxamento, utilizada pelo doente de modo regular, para confrontar os seus sintomas. Integrou ainda um procedimento de auto-monitorização diária dos **níveis de intensidade** do **sintoma** mais importante ou **prevalente** (*e.g.*, dor) e do seu **controlo percebido**. Nesta óptica, o doente fez diariamente ao registo da intensidade da sua dor através de um termómetro subjectivo graduado de 0 (*e.g.*, *nenhuma dor*) a 10 (*e.g.*, *dor pior de sempre*). Para além da quantificação subjectiva do nível de intensidade da sua dor, o doente procedeu também à atribuição de auto-controlo (de 1 a 9) ou de vulnerabilidade (de 1 a 9), numa balança subjectiva. As referidas atribuições foram apresentadas de forma dialecticamente oposta para o doente reflectir simultânea

e dialecticamente sobre as duas (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Isto é, um dos lados da balança compreendia a atribuição de controlo, desde um controlo mínimo, 1, até ao controlo máximo, 9. O lado oposto compreendia a atribuição de vulnerabilidade, igualmente variando de uma vulnerabilidade mínima, 1, à atribuição de vulnerabilidade máxima, 9.

As significações subjectivas dos utentes foram recolhidas por meio de duas entrevistas individuais, semi-estruturadas e de inspiração no método clínico piagetiano, para identificar as significações do doente relativas a três dimensões do processo de doença (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

1. Adesão ao tratamento, incidindo na significação central: **“Quais as minhas razões para aderir ao tratamento proposto pelo médico?”**, à qual se acedia com questões como “O que é que

mais influenciou a sua decisão de seguir o tratamento recomendado pelo médico?”;

2. Confronto de sintomas incidindo na significação central **“O que é que da doença me faz mais sofrer e afecta mais na minha vida?”**, à qual se acedia com questões como *“De que modo é que esses seus sintomas têm afectado mais a sua vida?”*;

3. Vivência da doença incidindo na significação central **“Como é que eu explico o que sinto?”** à qual se acedia com questões como *“Como se tem sentido nestes últimos dias?”*.

As entrevistas individuais foram gravadas, tendo a duração de cada uma oscilado entre uma hora e meia.

As significações identificadas foram, posteriormente, objecto de uma análise desenvolvimentista, baseada na perspectiva desenvolvimentista

e dialéctica do processo de doença de Joyce-Moniz e Barros (2005). A qual apresenta sequências hierárquicas com cinco níveis para os sistemas de significação compreendidos em cada dimensão do processo de doença.

Esta classificação hierárquica de níveis de significação reflecte uma evolução no desenvolvimento psicológico da pessoa, no sentido de uma maior complexidade, abstracção e diferenciação. Nas Tabelas 5, 6 e 7, que se seguem, apresentam-se os cinco níveis de significação propostos no modelo, para cada uma das três dimensões da doença analisadas neste estudo.

Para além da identificação dos níveis de significação prevaletentes nas várias dimensões do seu processo de doença, constituiu também um objectivo deste estudo, a caracterização das acções sobre os seus processos de doença.

TABELA 5
Classificação desenvolvimentista das significações sobre a Adesão ao Tratamento
(“Quais as razões para aderir ao tratamento proposto pelo médico?”)

Nível 5	A adesão ao tratamento depende da articulação entre as obrigações instrumentais, os sintomas experienciados e os imperativos existenciais, num contexto de integração das significações médicas (ou do cuidador) com as significações próprias de autonomia decisória. <i>“O médico disse-me: «Se a senhora quiser ser operada, é operada mas já sabe que as possibilidades de melhoria são muito poucas.» Primeiro ficámos naquele impasse mas depois decidi não avançar com a operação porque pensei: Agora eu ando. Tenho muitas dores mas ando. Sou pouco autónoma mas dentro da minha casa tenho mais autonomia. Consigo cuidar de mim, das minhas coisas. E depois quem é que cuida de mim se me acontecer alguma coisa?”</i>
Nível 4	A adesão ao tratamento depende da avaliação rigorosa das capacidades próprias para cumpri-lo, após análise da racionalidade clínica e científica do tratamento, considerados os termos do diagnóstico médico. <i>“Daqui a três meses, vou fazer um exame à carga viral para ver se o tratamento está a fazer efeito ou não. Se o exame der resultados positivos, é para continuar até ao final do ano. Senão paro porque não vale a pena continuar.”</i>
Nível 3	A adesão ao tratamento depende da autoconfiança nas capacidades físicas e psicológicas requeridas e da proximidade afectiva dos recursos de ajuda, no âmbito da incerteza acerca da eficácia desse tratamento. <i>“O meu receio é ter de ser operada. Mas claro, ninguém me pode obrigar a coisa nenhuma. A minha filha disse-me: ‘Ó mãe, se tiveres de ser operada, tu não sabes se é a solução.’ E é verdade! A gente nunca sabe se é a solução, ou se é estragar o resto. Às vezes, os médicos por mais que se esforcem, também não fazem milagres.”</i> <i>“Depois de ser operada, vamos ver. Eu estou com esperança que fique um bocadinho melhor. Eu não tenho medo das operações. Tenho medo é da recuperação depois. Porque estou praticamente sozinha. O meu marido e os meus filhos estão a trabalhar fora.”</i>
Nível 2	A adesão ao tratamento depende das capacidades instrumentais próprias para responder às suas exigências, sendo estas legitimadas pela sua utilidade objectiva. <i>“Já experimentei diminuir a medicação e pioro logo. E o meu medo é que eu não me vá aguentar muitos anos a tomar esta medicação. Já ando há três anos a tomar anti-inflamatórios. Mas se os deixo de tomar, eu pioro logo.”</i>
Nível 1	A adesão ao tratamento depende dos seus custos físicos, familiares e financeiros, face ao sofrimento sentido, mas sem integrar as implicações do diagnóstico nas do tratamento. <i>“Eu já tenho dito ao Doutor: Ó Doutor, se eu tivesse que pagar as injeções, então é que eu não as levava porque são euros cada caixa com quatro injeções.”</i>

TABELA 6

Classificação desenvolvimentista das significações sobre o Confronto com os Sintomas
 (“Que é que da doença me faz mais sofrer e afecta mais na minha vida?”)

Nível 5	Centração nas transformações psíquicas e somáticas perturbadoras, que afectam o sentido de integridade individual (e.g., perda de autonomia). <i>“Perdi muita autonomia. Por exemplo, se eu tiver que ir a Lisboa como fui ontem, eu já não posso ir sozinha. Eu acho que nem a minha avó, quando tinha noventa anos, tinha as complicações que eu tenho agora. Ela ia para todo o lado e não precisava de ninguém.”</i>
Nível 4	Centração nos processos somáticos e psicológicos disfuncionais que afectam o sentido de ordem e dever individual (e.g., decréscimo da capacidade de trabalho). <i>“Às vezes tenho tantas dores que já nem tenho tanta atenção no trabalho. E o que estou a fazer é a lidar com contas e com dinheiro e não posso estar a prejudicar nem o Estado nem os utentes.”</i>
Nível 3	Centração nos processos somáticos considerados (embora de modo incerto) deficientes, relacionados com processos psicológicos pouco diferenciados, que afectam o sentido de vida relacional (e.g., menos contacto com os amigos). <i>“Agora tenho estado de atestado e praticamente nunca saio de casa. A doença isola-me um bocado.”</i>
Nível 2	Centração nas consequências concretas da doença, às quais se pode atribuir a diminuição do rendimento funcional, ou da resposta às necessidades hedonistas (e.g., menos força e oportunidade para fazer as coisas). <i>“Até me faz confusão ver as pessoas a dançar e aos saltos porque eu não consigo fazer nada disso.”</i>
Nível 1	Centração na experiência sensorial e motora do sofrimento, que se impõe de forma peremptória e avalassadora (e.g., cansaço e dores que impedem a resposta às necessidades básicas). <i>“O que mais me perturba é esta sensação de ter o corpo todo dorido. E a dor é acompanhada de cansaço. Aquele cansaço que não é de trabalho.”</i>

TABELA 7

Classificação desenvolvimentista das significações sobre a Vivência da Doença
 (“Como é que eu explico o que sinto?”)

Nível 5	Sintomas descritos de forma relativizada e idiossincrática, incidindo nos determinantes psicossociológicos, e integrando sintomas físicos e processos metacognitivos. <i>“Há pessoas que expressam a dor gritando ou berrando. Há outras que têm a mesma dor, mas que tentam segurá-la porque não adianta nada fazer barulho. Eu sou uma destas. Eu acho que se houvesse uma maneira de medir a dor real, pela minha experiência, sei que aprendi a lidar com a dor e suporte muito a dor. Eu também não digo que os outros não suportem. Eu também não sei as dores que eles têm. Cada um sente as suas.”</i>
Nível 4	Sintomas descritos de forma a separar processos disfuncionais, a encontrar a racionalidade dos determinantes etiológicos, a justificar os receios da incapacidade funcional ou da evolução catastrófica e a relacionar processos psicológicos e sintomas físicos. <i>“A dor é física e psicológica. Eu sei que quando me sinto mais deprimida, parece que me dói tudo. Eu não devo estar apanhada em todo o lado mas nesses dias parece que sinto dores em todo o lado.”</i>
Nível 3	Sintomas descritos de forma processual ou sequenciada, com incerteza ou ambivalência quanto às relações causais do processo de doença, e incidindo nos processos de natureza emocional e relacional. <i>“Eu também tenho muitas dores de cabeça e acho que essas dores de cabeça são, provavelmente, do braço. Eu não sou médico mas é o que suponho. Porque quando tenho crises fortes no braço, tenho muitas dores de cabeça.”</i> <i>“Eu era uma pessoa muito alegre, muito bem disposta, sempre a rir, sempre com vontade de brincadeira. A pouco e pouco tenho perdido tudo isso e tenho-me sentido cansada, sem forças, sem paciência, às vezes com vontade de virar as costas a tudo e não ligar a nada.”</i>
Nível 2	Sintomas descritos de forma gradualmente diferenciada em relação aos sistemas fisiológicos principais, e incidindo na ligação causal às necessidades e aptidões físicas da pessoa. <i>“Nós só damos valor à nossa saúde quando a perdemos. Quando eu tinha as pernas boas, nem me lembrava que tinha joelhos. Agora estou-me sempre a recordar deles porque quero movimentar as pernas e andar e eles não querem. Quero movimentar os braços e, principalmente o braço direito, já está a recusar-se também a certos movimentos. Os pés e as mãos também.”</i>
Nível 1	Sintomas descritos de forma indiferenciada ou global, categórica, imediata, com atribuições de “tudo ou nada”, confundindo causas e sintomas. <i>“Às vezes estou deitada na cama e tenho dores horríveis. Por exemplo, agora estou aqui sentada e está a espetar-me tudo.”</i>

A referida análise dialéctica assume especial relevância na medida em que a adaptação e confronto do doente com os seus sintomas depende da forma como as significações são organizadas dialecticamente e se expressam nas respectivas acções (Joyce-Moniz & Barros, 2005), podendo ser mais adaptadas e, consequentemente, promotoras de um melhor confronto com os sintomas ou, pelo contrário, mais desajustadas e impeditivas da adaptação do doente aos processos biomédicos.

A organização das significações tem a ver com a preponderância de umas em relação às outras e, assim, com a sua dialéctica. Em psicoterapia cognitiva (Beck & Freeman, 1990) e em psicopatologia do desenvolvimento (Joyce-Moniz, 1993), essa preponderância é denominada hipervalência, pois traduz a valorização da significação que lhe permite ser preponderante ou saliente em relação às outras, em termos da frequência e da duração da sua activação na corrente do pensamento da pessoa, e por ser alvo de uma maior atenção e metacognição que realçam a sua importância e valor.

Dois movimentos dialécticos complementares compõem a dialéctica pela hipervalência (Joyce-Moniz, 1993; Joyce-Moniz & Barros, 2005): (a) acções destruturação e descentração, que abrem a possibilidade da mudança das significação hipervalente e, assim da competição entre significações, como a diferenciação, a coordenação, a flexibilidade e a afirmação, e (b) acções de reestruturação e compensação, que permitem estabilizar a significação hipervalente, ainda que provisoriamente devido à competição dialéctica com as outras significações, como a inversão, a identificação, o compromisso ou reciprocidade, e a proposição.

As acções adaptadas de descentração e compensação correspondem acções inadaptadas de centração e circularidade, que caracterizam as dialécticas deficientes da psicopatologia do desenvolvimento (Joyce-Moniz, 1993). Umas e outras foram objecto de análise no presente estudo, e são definidas e exemplificadas a seguir.

No que diz respeito à dimensão da **adesão ao tratamento** (e à questão central “*Quais as razões para aderir ao tratamento proposto pelo médico?*”), foi considerada a acção dialéctica adaptada:

Descentração por coordenação da perspectiva própria com a perspectiva de outros sobre o tratamento. Neste estudo, esta acção equivaliu à articulação pelo doente das significações próprias

com as significações de outros sobre o tratamento. Exemplo desta acção expresso pelo doente: “*Eu sei que os anti-inflamatórios que ando a tomar não curam a doença. Só actuam sobre a inflamação, sobre a dor. Portanto, tentei sempre procurar, junto do médico, o que é que poderia fazer mais para além de tomar os medicamentos. Porque eu acho que não posso tomar indefinidamente os medicamentos.*”

Na mesma dimensão da adesão ao tratamento, foi considerada a acção **dialéctica inadaptada:**

Rigidez e negação de outras perspectivas sobre o tratamento. A acção de rigidez consiste na permanência imutável de uma significação hipervalente, que pode ser incessante e compulsivamente repetida, sem que haja uma tentativa de destruturação e, assim, de competição entre significações (Joyce-Moniz & Barros, 2005). A acção de negação consiste na hipervalência de uma significação, que se opõe completa e sistematicamente a todas as outras significações reestruturadoras (*e.g.*, flexíveis, reversíveis, generalizáveis), ou a todas as tentativas de abertura e descentração (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). Exemplos desta acção expressos pelo doente: “*A médica diz que sim. Eu digo que não. Quem tem razão sou eu.*”

Relativamente à dimensão do **confronto com os sintomas** (e à questão central “*Que é que da doença me faz mais sofrer e afecta mais na minha vida?*”), foram consideradas as **acções dialécticas adaptadas:**

Diferenciação entre doença (sintomas) e confronto. A acção de diferenciação implica a distinção entre as significações atribuídas à pessoa e ao mundo exterior, ou a diferenciação dos processos que a pessoa se atribui (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). Deste modo, considerou-se a distinção pelo doente entre as significações de doença (e sintomas concomitantes) e as do seu confronto. Exemplo desta acção expresso pelo doente: “*Eu já vi também pessoas que sofreram muito a nível de ossos e que acabaram acamadas. Sei que há pessoas que acabaram assim. E eu também não sei o dia de amanhã, mas enquanto eu tiver força, vou sempre lutar com todas as armas que eu tiver ao meu alcance.*”

Compensação da sintomatologia psicológica e somática e das limitações funcionais associadas. Consiste na antecipação completa da anulação das significações contraproducentes, envolvendo a hipervalência de um sistema significativo contrário (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). Neste estudo, estas com-

pensações tiveram sobretudo a ver com as emoções negativas e incómodas ressentidas pelo doente e com os sintomas somáticos (e.g., dor) e limitações funcionais identificadas pelo mesmo.

Compensação dos sintomas psicológicos por inversão da emocionalidade negativa. Consiste na antecipação completa da anulação das significações contraproducentes, envolvendo a hipervalência de um sistema significativo contrário (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). Neste estudo, as compensações por inversão tiveram sobretudo a ver com as emoções negativas e incómodas ressentidas pelo doente. Exemplo desta acção expresso pelo doente: “Às vezes tenho dias de angústia e de tristeza comigo mesma. Fico triste por já não ser aquilo que era. Mas depois penso assim: ‘Não sou aquilo que eu era mas ainda sou alguma coisa.’”

Compensação dos sintomas somáticos e limitações funcionais por compromisso com a doença e/ou tratamento. Trata-se da antecipação completa da integração das significações do conflito, envolvendo a hipervalência de um sistema de reciprocidade as respectivas valências (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). Neste estudo, as compensações por compromisso reportaram-se principalmente aos sintomas somáticos (e.g., dor) e limitações funcionais identificados pelo doente. Exemplo desta acção expresso pelo doente: “Com o passar do tempo, eu vejo que estou cada vez mais limitada. E isso é uma coisa que me assusta muito. Então penso: ‘Hoje estou a aguentar. Amanhã vamos ver se aguento ou não.’ Eu tento minimizar olhando um dia de cada vez. É uma estratégia que eu arranjei que me ajuda a lidar com a situação em que me encontro neste momento.”

No que diz respeito, às **acções dialécticas inadaptadas** na dimensão do confronto com os sintomas, foram consideradas as seguintes:

Indiferenciação entre doença (sintomas) e confronto. A acção de indiferenciação consiste na ausência de distinção entre as significações atribuídas à pessoa e ao mundo exterior, ou na indiferenciação dos processos que a pessoa se atribui (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). Nesta dimensão da doença, a acção referida equivaleu à ausência de distinção pelo doente entre as significações de doença (e sintomas concomitantes) e as do seu confronto. Exemplo desta acção expresso pelo doente: “As dores já não saem.”

Descoordenação emocional. A acção de descoordenação diz respeito à ausência de qualquer posição causal, espaço-temporal, transcendental, que possi-

bilite situá-las uma em relação às outras com um mínimo de estabilidade, não chegando a haver, pois, qualquer hipervalência a não ser aleatória e momentânea (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). No presente estudo, esta acção reportou-se à interrogação da pessoa sobre as ligações entre vários parâmetros implicados nos episódios sintomáticos, como as condições causais somáticas e/ou exteriores, a emocionalidade negativa e/ou excessiva como ansiedade, e os sintomas objecto da avaliação da intensidade como as dores (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). Exemplo desta acção expresso pelo doente: “Nessas alturas em que eu tenho mais dores, noto que me descontrolo mais. Não sei se é do Sistema Nervoso. Às vezes até disparamos com pessoas que não têm nada a ver com isso.”

Inibição e evitamento do contacto com os outros. Trata-se da hipervalência de um sistema de significações que afasta a pessoa da dialéctica com o mundo. Não se trata de uma oposição activa ao confronto exterior mas antes de um retraimento significativo (Joyce-Moniz & Barros, *idem*). Exemplo desta acção expresso pelo doente: “Há certos dias em que não posso ouvir ninguém. Venho para a rua e depois acabo por dar uma volta e ir embora. Não tenho paciência para ouvir. Às vezes até me sento num sítio onde não haja pessoas porque não me apetece falar nem ouvir. Só me apetece estar sozinho num sítio onde ninguém me incomode.”

No que se refere à dimensão da **vivência da doença** (e à questão central “Como é que eu explico o que sinto?”), foi considerada a **acção dialéctica adaptada**:

Diferenciação nos sintomas descritos. Nesta dimensão da doença, a acção de diferenciação, já anteriormente definida, reportou-se, à forma como o doente descreve e identifica os seus sintomas. Exemplo desta acção expresso pelo doente: “A dor que eu tive agora nesta última vez apanhava por fora este nervo ciático, que sai aqui da coluna e que vai pela perna abaixo. Quando me dá esta dor vai até à ponta do pé. Mas também aqueles tendões-zinhos e nervos que passam por dentro da virilha, doem-me muito e estavam doridos. Eu conseguia localizar a dor pondo o dedo. Conseguia identificar o sítio exacto da dor.”

Na mesma dimensão, foi considerada a **acção dialéctica inadaptada**:

Indiferenciação nos sintomas descritos. À semelhança da acção dialéctica anterior, também a acção de indiferenciação já previamente definida,

equivaleu, nesta dimensão, ao modo de descrição da sintomatologia do próprio. Exemplo desta acção expresso pelo doente: “*Se me sento ou vou para a cama para dormir; tenho dores que parece que o corpo todo se desmancha.*”

CARACTERIZAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA E DIALÉCTICA

Como mencionado, as análises desenvolvimentista e dialéctica visaram os seguintes objectivos: 1) identificar as dimensões do processo de doença que foram mais significativas para os utentes; 2)

identificar os níveis de significação prevalecentes utilizados pelos utentes em cada uma das três dimensões; 3) identificar as acções dialécticas expressas pelos utentes nas diferentes dimensões do processo de doença.

Os resultados destas análises figuram nas tabelas seguintes.

A Tabela 8 mostra a maior preferência dos utentes pelas temáticas da adesão ao tratamento proposto pelo médico e ao confronto com os seus sintomas.

A Tabela 9 permite constatar a variedade dos níveis caracterizados para os doentes para as três dimensões do processo de doença.

Alguns dos utentes (C, F e K) mantiveram o

TABELA 8
Dimensões do processo de doença mais significativas

Utentes	Dimensões mais significativas
A	Confronto com os Sintomas
B	Adesão ao Tratamento
C	Adesão ao Tratamento
D	Vivência da Doença
E	Vivência da Doença e Adesão ao Tratamento
F	Confronto com os Sintomas
G	Adesão ao Tratamento e Confronto com os Sintomas
H	Vivência da Doença
I	Vivência da Doença
J	Adesão ao Tratamento e Confronto com os Sintomas
K	Confronto de Sintomas

TABELA 9
Níveis de significação prevalecentes utilizados pelos utentes em cada uma das três dimensões do processo de doença

Utentes	Adesão ao Tratamento	Confronto de Sintomas	Vivência da Doença
A	2	2	4
B	1	2	1
C	2	2	2
D	2	2	1
E	2	2	3
F	5	5	5
G	2	2	1
H	4	2	1
I	2	2	1
J	2	4	1
K	2	2	2

TABELA 10
Distribuição dos utentes por níveis de significação em cada uma das três dimensões do processo de doença

	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Adesão ao Tratamento	B	A, C, D, E, G, I, J, K		H	F
Confronto de Sintomas		A, B, C, D, E, G, H, I, K		J	F
Vivência da Doença	B, D, G, H, I, J	C, K	E	A	F

mesmo nível de significações nas várias dimensões. Noutros, verificaram-se *desfasamentos*¹ entre os níveis dessas dimensões. Foi o caso dos utentes A, H e J, que oscilaram entre significações de maior abstracção, complexidade e diferenciação (3 e 4) numa das dimensões, assim como significações mais concretas e caracterizadas por uma menor complexidade e diferenciação (1 e 2) nas restantes. Noutros utentes, não obstante os desfasamentos, estas significações mais concretas, simples e menos diferenciadas foram prevalentes nas três dimensões da doença analisadas. Tal sucede com os utentes B, D, G e I, que se serviram, maioritariamente, de significações de nível 1 e 2, para se referirem à vivência, confronto e tratamento da sua doença.

A distribuição dos utentes por níveis da Tabela 10 mostra que a maioria utilizou, sobretudo, significações mais concretas, simples e pouco diferenciadas (Nível 1 e 2) quando questionados sobre a vivência da sua doença, o confronto com os seus sintomas e a adesão ao tratamento médico.

Particularmente, quando abordada a temática da adesão ao tratamento médico, a maioria dos utentes (A, C, D, E, G, I, J e K) centrou-se na utilidade objectiva deste e nas suas capacidades instrumentais próprias para responder às suas exigências (Nível 2). Os restantes utentes (B, H, F), quedaram-se nos aspectos relativos aos custos físicos,

familiares e financeiros do tratamento (Nível 1), na racionalidade clínica e científica do tratamento (Nível 4) e na articulação entre as obrigações instrumentais, os sintomas experienciados e os imperativos existenciais (Nível 5), respectivamente.

Quando inquiridos sobre o confronto com a sua sintomatologia, a maioria dos utentes (A, B, C, D, E, G, H, I, K) optou pelo confronto com as consequências concretas da sua doença, particularmente com a diminuição do rendimento funcional derivado das suas disfunções motoras (Nível 2). Pelo contrário, dois utentes (J e F) debruçaram-se sobre o confronto com a perda de autonomia (Nível 5) e da sua capacidade para cumprir as suas funções e deveres laborais (Nível 4), resultantes da doença.

Relativamente à vivência do seu processo de doença, a maioria dos utentes (B, D, G, H, I, J) reportou-se à sua sintomatologia física, descrita de forma indiferenciada e com recurso a expressões de «*tudo ou nada*» como “*terrível*” e “*péssimo*” (Nível 1). Dois utentes (C e K) descreveram os seus sintomas de modo progressivamente mais diferenciado, focando-se nas limitações físicas decorrentes da doença (Nível 2). Os restantes, E, A e F, recorreram a significações de maior diferenciação, abstracção e complexidade para salientar os aspectos emocionais e relacionais concomitantes com a doença (Nível 3), a racionalidade dos determinantes etiológicos (Nível 4) e a idiosincrasia dos seus sintomas físicos intimamente ligados a processos metacognitivos e psicológicos (Nível 5), respectivamente.

A análise das acções dialécticas expressas pelos onze utentes em cada uma das três dimensões permitiu constatar que nas dimensões da adesão ao tratamento e do confronto com os sintomas predominam as acções dialécticas adaptadas, ao passo que na dimensão da vivência da doença prevalecem as acções dialécticas inadaptadas.

¹ Numa perspectiva piagetiana (*e.g.*, Piaget, 1968), os *desfasamentos* referem-se às mudanças ou “incoerências” nos níveis ou sistemas de significação da pessoa. Podem ser *verticais*, relativos às mudanças ou “desnívelamentos” de níveis numa sequência da mesma dimensão da doença, e *horizontais* com mudanças ou “incoerências” entre níveis de sequências de dimensões diferentes (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Os desfasamentos aqui considerados referem-se aos desfasamentos horizontais.

TABELA 11
Acções dialécticas na dimensão Adesão ao Tratamento

Acções dialécticas adaptadas	Utentes
Descentração por coordenação da perspectiva própria com a perspectiva de outros sobre o tratamento	A, F, C, E, G, J, K
Acções dialécticas inadaptadas	Utentes
Rigidez e negação de outras perspectivas sobre o tratamento	I, H, B, D

TABELA 12
Acções dialécticas na dimensão Confronto com os Sintomas

Acções dialécticas adaptadas	Utentes
1) Diferenciação entre doença (sintomas) e confronto	A, F, E, H, C, B, J, G, K
2a) Compensação dos sintomas psicológicos por inversão da emocionalidade negativa	F, E, H, C
2b) Compensação dos sintomas (ou dificuldades) por compromisso com a doença e/ou tratamento	A, F, E, C, B, G
Acções dialécticas inadaptadas	Utentes
1) Indiferenciação entre doença (sintomas) e confronto	I, D
2) Descoordenação emocional	B, J, K, G
3) Inibição e evitamento do contacto com outros	I, K

TABELA 13
Acções dialécticas na dimensão Vivência da Doença

Acções dialécticas adaptadas	Utentes
Diferenciação nos sintomas descritos	A, E, F, C, K
Acções dialécticas inadaptadas	Utentes
Indiferenciação nos sintomas descritos	B, D, G, H, I, J

Na dimensão da adesão ao tratamento, a maioria dos utentes recorreu à acção adaptada de descentração por coordenação da perspectiva própria com a de outros. De modo inverso, quatro pacientes (I, H, B, D) utilizaram a acção inadaptada de rigidez e negação quando inquiridos sobre a adesão aos procedimentos biomédicos de tratamento.

Na dimensão do confronto com os sintomas, as acções adaptadas de diferenciação e de compensação por compromisso foram as mais utilizadas pelos utentes, contrariamente às acções inadaptadas de indiferenciação e de inibição/evitamento, expressas apenas por dois pacientes, respectivamente. Na Tabela 12, é possível constatar ainda que dois utentes (D, I), recorreram unicamente a acções dialécticas

inadaptadas, quatro (B, G, J, K) expressam acções dialécticas mais ajustadas e adaptadas, assim como outras caracterizadas por uma menor adequação no processo de confronto com os seus sintomas, e cinco (A, C, E, F, H) usaram apenas a acções dialécticas adaptadas nesta dimensão.

Na dimensão da vivência da doença, seis utentes (B, D, G, H, I, J) recorreram à acção de indiferenciação para descrever os seus sintomas psicológicos e somáticos, e cinco (A, E, F, C, K) utilizaram a acção de diferenciação na descrição da sua vivência sintomática.

No conjunto das três dimensões do processo de doença, verificou-se que os pacientes A, E, F e C utilizaram unicamente acções dialécticas adaptadas

e ajustadas nas três dimensões da doença, ao passo que os pacientes D e I serviram-se somente das acções dialécticas menos ajustadas e adaptadas. Nos restantes utentes, umas e outras foram expressas nas três dimensões relativas à adesão ao tratamento, confronto de sintomas e vivência da doença.

As análises desenvolvimentistas e dialécticas apresentadas permitem constatar que a preferência dos doentes pelas dimensões de confronto de sintomas e adesão ao tratamento não está necessariamente associada a níveis de significação de maior abstracção e diferenciação, como se pode verificar pela hipervalência de significações mais concretas, simples e menos diferenciadas nessas dimensões.

Contudo, é interessante reparar que estas duas dimensões da doença surgem associadas a uma prevalência de acções dialécticas adaptadas, ao contrário da dimensão da vivência da doença, menos significativa para os utentes.

No que se refere à relação entre níveis de significação e acções dialécticas, não foi possível estabelecer nenhuma correspondência entre níveis de significação mais elevados e acções dialécticas mais adaptadas. Do mesmo modo, também não foi verificada qualquer ligação entre níveis de significação mais baixos e acções dialécticas inadaptadas.

PRIMEIROS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

De seguida, serão analisados os primeiros resultados referentes ao estudo mais vasto sobre a utilidade clínica destas classificações na intervenção assente em metodologias de auto-sugestão com doentes de Ortopedia e Reumatologia. Convém lembrar que esta apresentação inicial se reporta a um número limitado de doentes face à centena de sujeitos que integrará o estudo completo. Por esse motivo, os resultados serão apresentados de uma forma simples e genérica na medida em que reflectem apenas tendências que poderão ser sujeitas a modificação com os resultados finais da investigação.

Os resultados obtidos com a intervenção sugestiva foram analisados em função dos seguintes critérios: a) evolução da intensidade do sintoma prevalente; b) evolução do controlo percebido sobre o sintoma predominante. Os dados relativos a estas duas variáveis foram recolhidos a partir dos registos de auto-monitorização diária efectuados pelos utentes ao longo dos 84 dias de intervenção. Como referido, o procedimento de auto-monitorização era uma das

metodologias de auto-sugestão utilizadas pelo doente para confrontar a sua sintomatologia. Neste sentido, cada utente procedeu à auto-monitorização diária do nível de intensidade do seu sintoma prevalente, por meio de um termómetro subjectivo escalado de 0 (intensidade mínima) a 10 (intensidade máxima), e do controlo percebido sobre esse sintoma, numa balança subjectiva, onde as atribuições de controlo e de vulnerabilidade se apresentavam de forma dialéctica e oposta, numa escala de 1 a 9, respectivamente.² Estas medições foram objecto de procedimentos estatísticos simples (média e desvio padrão), permitindo avaliar, para cada um dos sujeitos, os resultados da intervenção auto-sugestiva em termos dos dois critérios supracitados: evolução da intensidade do sintoma prevalente e do seu controlo percebido. A partir da análise conjunta destes dados e das classificações desenvolvimentista e dialéctica anteriormente expostas, foi possível verificar os resultados tendenciais, que serão, de seguida, apresentados.

No que se refere à auto-monitorização da intensidade do sintoma prevalente durante os 84 dias de intervenção, verificou-se que a diferença entre a média dos dez primeiros dias e a média dos dez últimos dias, variou nos onze doentes de 0.0, ou seja de uma não modificação dessa intensidade, até uma diminuição diferencial de 7.0., sendo que dois sujeitos perceberam uma clara diminuição da intensidade, seis uma pequena diminuição e três não anotaram qualquer modificação. Nenhum dos doentes registou um aumento da intensidade do sintoma monitorizado.

Ainda no que diz respeito à intensidade do sintoma predominante, como os Gráficos 1 e 2 exemplificam, as monitorizações da intensidade não foram uniformes, mas apresentaram oscilações de diferentes amplitudes. Traduzindo estas em desvio-padrão, verificou-se que este variou de 0.7 a 3.4. Partindo do pressuposto que a maior amplitude das oscilações está associada a uma menor probabilidade do doente

² Nos gráficos apresentados para ilustrar a auto-monitorização do controlo percebido ao longo dos 84 dias, foi feita uma conversão dos valores de vulnerabilidade e de controlo atribuídos pelos doentes, com o objectivo de tornar a sua apresentação gráfica mais clara. O valor 0 do gráfico corresponde à atribuição de 1 tanto para a vulnerabilidade como para o controlo. Os valores de 1 a 8 correspondem às atribuições de controlo de 2 a 9, respectivamente. Os valores negativos de -1 a -8 do gráfico correspondem às atribuições de vulnerabilidade de 2 a 9.

GRÁFICO 1
Evolução da Intensidade do sintoma prevalente
(Exemplo de oscilações de elevada amplitude)

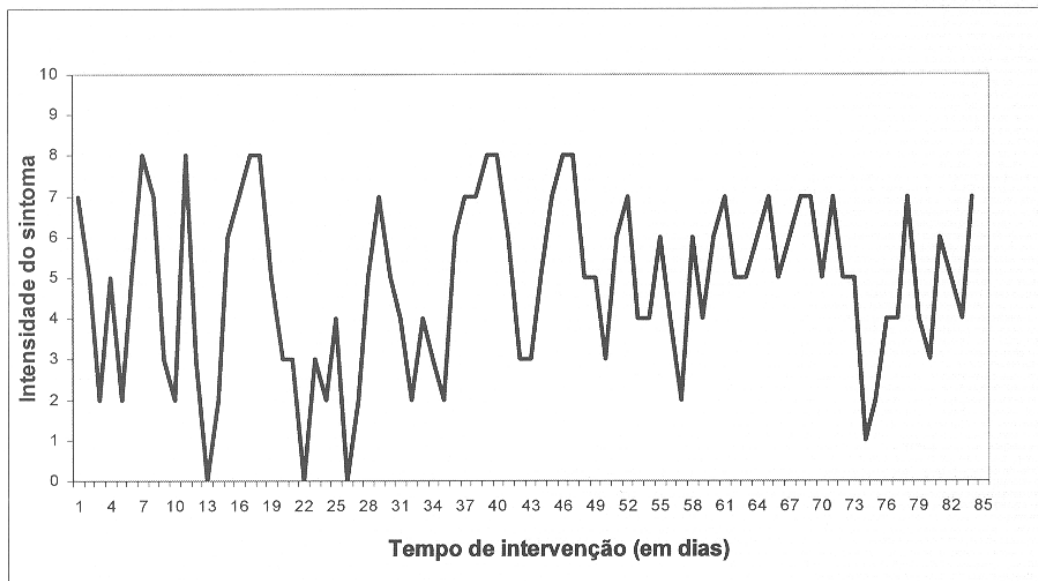
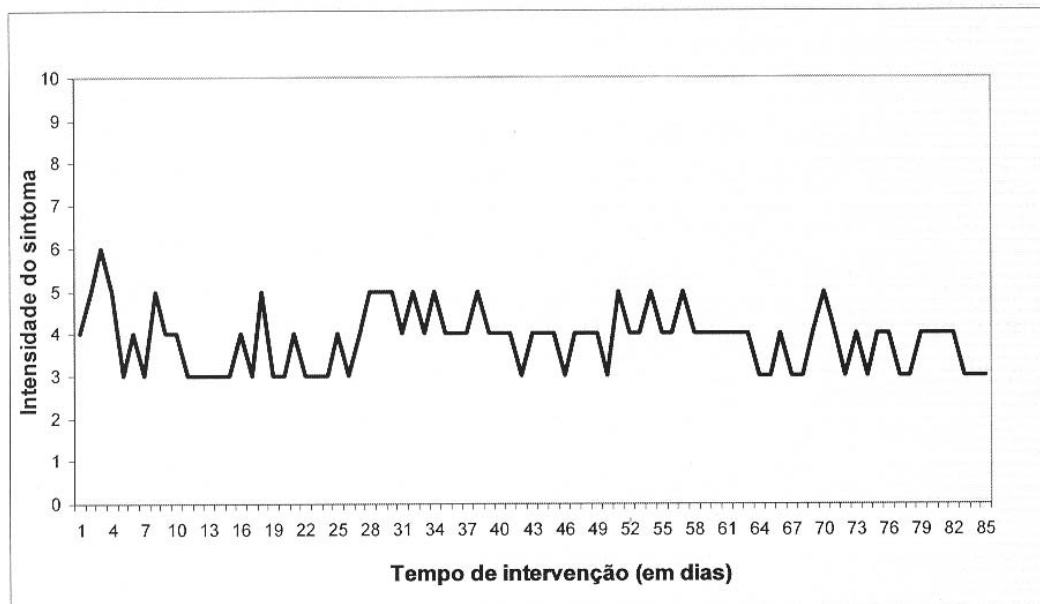


GRÁFICO 2
Evolução da Intensidade do sintoma prevalente
(Exemplo de oscilações de baixa amplitude)



estabilizar relativamente à intensidade do sintoma monitorizado, sendo por isso menos desejável do que a menor amplitude, constatou-se que as oscilações neste domínio foram pouco amplas, na medida em que nove sujeitos variaram em termos de desvio padrão de 0.7 a 1.4.

Em relação às três dimensões do processo de doença, não foi verificada nenhuma dimensão da doença particularmente favorável à maior diminuição da intensidade do sintoma monitorizado.

Também não foi possível estabelecer qualquer ligação entre diminuição da intensidade do sintoma principal e nível de significação nas três dimensões. Ou seja, partindo da hipótese de que quanto mais alto o nível de significação do doente, para a adesão ao tratamento, o confronto de sintomas e a vivência da doença, mais benefícios ele poderia retirar da intervenção em termos de diminuição do seu sintoma prevalente, essa hipótese não seria confirmada quanto a estes onze sujeitos.

Do mesmo modo, não foi encontrada qualquer ligação entre a amplitude das oscilações na monitorização da intensidade sintomática e os níveis de significações das três dimensões do processo de doença.

Ainda no que diz respeito aos níveis de significação nas três dimensões, não foi possível estabelecer nenhuma correspondência entre desfasamentos inter-

-níveis de diferentes dimensões e diminuição ou manutenção da intensidade do sintoma monitorizado. Também não foi encontrada qualquer ligação entre desfasamentos inter-níveis e amplitude das oscilações na monitorização da intensidade do sintoma.

Relativamente à relação entre a intensidade do sintoma monitorizado e as acções dialécticas expressas pelo doente nas três dimensões do processo de doença, verificou-se que a única acção dialéctica que nestes sujeitos parece ter algum impacto na não modificação das monitorizações da intensidade dos sintomas é inadaptada: descoordenação emocional, integrada na dimensão do controlo dos sintomas.

No que se refere à auto-monitorização do controlo percebido durante os 84 dias, foi possível constatar que a diferença entre a média dos dez primeiros dias e a média dos dez últimos dias, variou nos onze doentes de 0.0, ou seja de uma não modificação desse controlo, até um aumento diferencial de 10.1. Neste domínio, quatro sujeitos perceberam um claro aumento do controlo percebido, três um pequeno aumento e quatro não anotaram qualquer modificação. Mas nenhum dos doentes registou uma diminuição do controlo percebido e monitorizado.

À semelhança do que foi mencionado para a monitorização da intensidade do sintoma prevalente, é possível verificar através dos Gráficos 3 e 4 que as monitorizações do controlo também não foram

GRÁFICO 3
Evolução do Controlo Percebido
(Exemplo de oscilações de elevada amplitude)

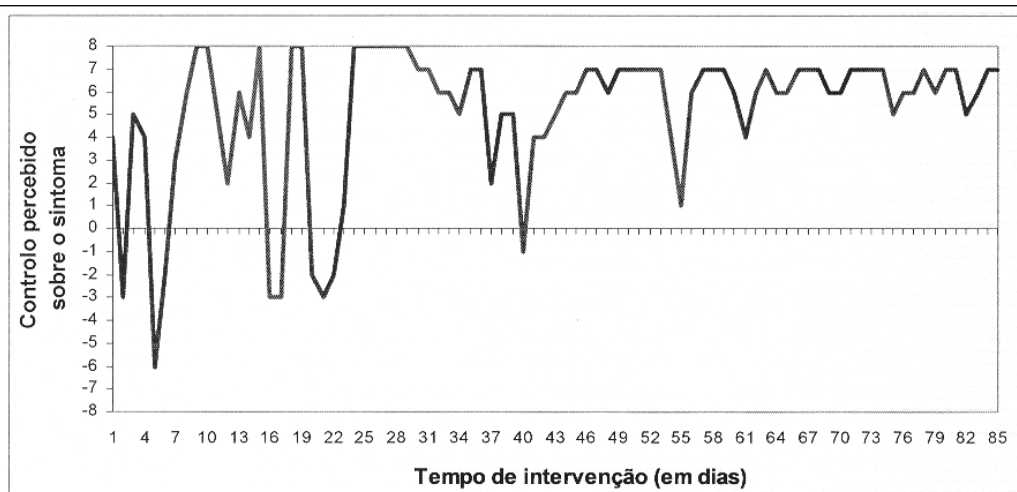
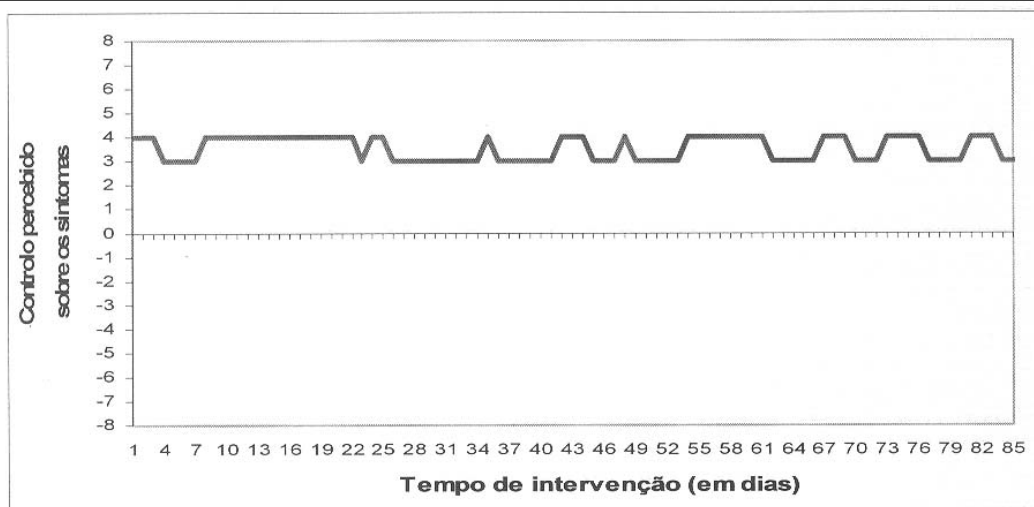


GRÁFICO 4
Evolução do Controlo Percebido
(Exemplo de oscilações de baixa amplitude)



uniformes. As oscilações apresentaram mesmo uma maior amplitude em relação àquelas verificadas para a monitorização da intensidade dos sintomas, tendo variado de 0.5 a 3.8, com 4 doentes entre 2.3 e 3.8.

Ainda no que concerne às oscilações das monitorizações ao longo dos 84 dias, verificou-se uma pequena ligação entre as oscilações nos registos da intensidade do sintoma e as oscilações do controlo percebido. Sobretudo no sentido de que os doentes que oscilaram pouco na intensidade, também oscilaram pouco no controlo.

Em relação às três dimensões da doença, e à semelhança do que se verificou para a intensidade do sintoma monitorizado, não foi encontrada nenhuma ligação entre uma dimensão da doença particularmente benéfica em termos de evolução do controlo percebido sobre os sintomas.

Também não se verificou qualquer ligação entre aumento do controlo percebido e nível de significação. No entanto, notou-se uma tendência de ligação dos níveis mais elevados de significações para a vivência da doença a um maior aumento do controlo percebido.

Contrariamente aos registos da intensidade, notou-se igualmente uma tendência de ligação entre níveis mais elevados de significações da vivência da doença e maiores oscilações na monitorização do controlo. Mas a mesma tendência não parece

evidenciar-se com a adesão ao tratamento e o confronto de sintomas.

Tal como sucedeu na intensidade do sintoma, também no caso do controlo percebido não foi possível estabelecer qualquer ligação entre desfaseamentos inter-níveis e aumento ou manutenção do controlo. Do mesmo modo, não foi encontrada nenhuma relação entre desfaseamentos e amplitude das oscilações nas monitorizações do controlo percebido.

Ao inverso do que se constatou para a monitorização da intensidade dos sintomas, notou-se uma clara tendência para associar operações dialécticas adaptadas ao aumento do controlo percebido em duas dimensões. Assim, a descentração por coordenação da perspectiva própria com a perspectiva dos outros sobre o tratamento, relativa à dimensão da adesão ao tratamento, e a compensação de sintomas por inversão da emocionalidade negativa e a compensação de sintomas por compromisso com doença/tratamento, ambas na dimensão do controlo de sintomas, apareceram associadas ao aumento do controlo monitorizado pelos doentes deste estudo inicial.

CONCLUSÕES

Como referido, neste estudo de apresentação, as conclusões relativas à utilidade clínica de uma classificação desenvolvimentista e dialéctica das

significações de doentes com patologias reumáticas e ortopédicas só podem ser tendenciais e provisórias.

A orientação clínica escolhida foi a das metodologias de auto-sugestão compreendendo a auto-monitorização dos níveis de intensidade do sintoma prevalente e do seu controlo (percebido). A utilidade clínica da classificação já foi estudada recorrendo a várias metodologias de intervenção (Barros, 1996; Barros, 2002; Reis, 1993; Fradique, 1993; Joyce-Moniz, 1993; Joyce-Moniz & Reis, 1991; Bishop & Converse, 1986; LaGreca & Hanna, 1983; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001; Reis & Fradique, 2002), mas é a primeira vez que é examinada no âmbito dos métodos auto-sugestivos, que se dirigem às significações dos doentes e às suas acções sintomáticas e de confronto de modo assaz diferente do de outras orientações metodológicas.

Contudo, devido aos poucos sujeitos examinados, e ao facto de não se ter contado com os resultados do *follow-up* da intervenção, as tendências que se podem extrair são relativamente escassas.

Sobretudo no que toca à intensidade do sintoma, onde apenas se pôde evidenciar uma tendência de ligação entre a não modificação dessa intensidade e a acção dialéctica inadaptada: descoordenação emocional, integrada na dimensão do controlo dos sintomas. Como se mencionou, esta descoordenação diz respeito à interrogação da pessoa sobre as ligações entre vários parâmetros implicados nos episódios sintomáticos, como as condições causais somáticas e/ou exteriores, a emocionalidade negativa e/ou excessiva como ansiedade, e os sintomas objecto da avaliação da intensidade como as dores. É natural que os doentes que se apercebem que a intensidade desses sintomas não muda, se interroguem sobre a forma desarticulada ou desordenada das suas causas e dos seus efeitos somato-emocionais. Daí a atribuição de descontrolo quando se apercebem que os seus esforços de confronto sintomático são contraproducentes ou ineficazes.

Foi precisamente no aumento do controlo percebido que foi possível evidenciar algumas tendências. Este controlo, sendo mais subjectivo e extensível nas situações e no tempo do que a avaliação da intensidade sintomática, apela a uma actividade metacognitiva, que é progressivamente utilizada à medida que se passa das significações do nível 1 para as do nível 5.

Por isso, fará sentido que a única ligação desenvolvimentista tendencial neste estudo preliminar

diga respeito aos níveis mais elevados de significações para a vivência da doença e ao maior aumento do controlo percebido. Parece, pois, que em níveis elevados de significação a pessoa não só compreende mais extensivamente o conceito de controlo, como tende a aumentar esse controlo durante a vivência da doença, que é igualmente uma dimensão mais geral e extensível no tempo, do que as dimensões de confronto com o sintoma e a adesão ao tratamento.

Ainda que, como se verificou tendencialmente, sejam os doentes em níveis elevados de significação que apresentem, para esta dimensão da vivência, as oscilações mais amplas. O maior poder metacognitivo e inferencial levará as pessoas a essas oscilações, que em tal caso, serão positivas e adaptativas. De alguma forma, uma estratégia profícua de tentativas e erros, conducente a um maior controlo.

Foi nas operações dialécticas adaptadas que se encontraram as ligações tendencialmente mais pronunciadas com o aumento do controlo percebido em duas dimensões do processo.

Tratou-se, por um lado, de uma operação de descentração ou destruturação por coordenação da perspectiva própria com as perspectivas dos outros sobre o tratamento, relativa à dimensão da adesão ao tratamento. Confirma-se, deste modo, a asserção racional de que o controlo sintomático percebido pelo doente depende em parte da compreensão das explicações e prescrições dos médicos e outro pessoal cuidador (Ley, 1988; Roter & Hall, 1987; Jarvinen, 1955; Friedman & DiMatteo, 1989), e da coordenação com as suas próprias ideias (Blackwell & Gutman, 1986), o que também leva a uma adesão adequada ao tratamento.

E, por outro lado, de duas operações de reestruturação ou compensação por inversão da emocionalidade negativa e por compromisso ou reciprocidade por mal menor relativamente dos custos e dificuldades da doença e/ou do tratamento. Ambas integradas na dimensão mais contingencial ou situacional do confronto com os sintomas, comparativamente às de adesão ao tratamento e da vivência do processo. A acção de oposição directa à ansiedade, cólera ou disforia, a de compromisso por equilíbrio oscilatório entre os ganhos do tratamento e as perdas da doença com os esforços de controlo, facilitarão, pois, a percepção de um maior ou melhor controlo, sendo talvez a estratégia mais corrente de *coping* nos períodos de sintomatologia mais exacerbada.

De certo modo, estas tendências dialécticas seriam à partida as mais esperadas nas três dimensões

do processo de doença, e talvez por isso revelaram ser as mais salientes apesar do número muito restrito dos pacientes examinados.

É importante realçar o facto de que nestas condições experimentais foram as operações dialécticas que se apresentaram como tendencialmente mais determinantes, em comparação com os níveis de significação.

Esta diferença também explicará o facto de não se ter podido confirmar uma hipótese relevante como a da correspondência clara entre os níveis mais elevados e as operações dialecticamente mais exigentes como a descentração por flexibilidade e a compensação por proposição. Ou a da correspondência entre esses níveis e as operações inadaptadas mais abstractas de tipo centração inferencial.

Convém lembrar que o objectivo principal desta exposição não é o de provar a utilidade clínica da caracterização desenvolvimentista e dialéctica das principais significações dos doentes de Reumatologia e Ortopedia, relativas a alguns componentes ou dimensões do processo de doença, em relação a uma intervenção clínica específica como a adoptada, assente em metodologias de auto-sugestão. Esta “utilidade” constitui o objectivo central do estudo completo com cerca de uma centena de sujeitos e uma intervenção clínica incluindo uma avaliação de *follow-up*.

Neste estudo preliminar, os dados da intervenção servem mais para exemplificar com que propósito e como podem ser estudadas as significações e as acções do que para demonstrar conclusivamente as vantagens da leitura desenvolvimentista e dialéctica. Neste sentido, a ilustração dos níveis de significação e das acções dialécticas em termos de ideias verbalizadas pelos doentes, apresentada sobretudo nas Tabelas 5 a 8, responde a esse objectivo genérico de expor como se operacionaliza essa leitura, para que ela possa estruturar um vasto número de metodologias e orientações metodológicas.

Como se sabe, a utilidade de expor em artigo um estudo preliminar é antes do mais temporal, pois possibilita a informação aos investigadores interessados na referida leitura, sem terem de esperar pela publicação do estudo completo.

REFERÊNCIAS

Ahmet, I., & Mermi, A. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26, 872-878.

- Barros, L. (1996). Contribuição do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 14 (2-3), 215-230.
- Barros, L. (2002). *Intervenção desenvolvimentista com mães de bebés em risco*. Dissertação de doutoramento em Psicologia. Universidade Clássica de Lisboa.
- Beck, A., & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Bishop, G., & Converse, S. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95-114.
- Blackwell, B., & Gutmann, M. (1986). The Management of Chronic Illness Behaviour. In S. McHugh, & M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: A multidisciplinary model*. New York: Plenum.
- Dickens, C., & Creed, F. (2001). The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 40, 1327-1330.
- Eberhardt, K., Larsson, B., & Nived, K. (1993). Psychological reactions in patients with early rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20, 93-100.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Lamb, R., & Shipley, M. (1988). Social relationships and psychological wellbeing in rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine*, 27, 399-403.
- Fradique, F. (1993). *Programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto*. Dissertação de doutoramento em Psicologia. Universidade Clássica de Lisboa.
- Friedman, H., & DiMatteo, M. (1989). *Health Psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Gaião, L. (2002). Doenças reumáticas periarticulares ou das partes moles. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (vol. 3, 215-232). Lisboa: Lidel.
- Jarvinen, K. (1955). Can ward rounds be dangerous to patients with myocardial infarction? *British Medical Journal*, 1, 318-320.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: ASA.
- Joyce-Moniz, L., & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em Psicologia da Saúde. *Psychologica*, 6, 105-127.
- Katz, P., & Yelin, H. (1995). The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis, with and without symptoms: the role of function. *Arthritis and Rheumatism*, 1, 49-56.
- Lau, R., & Hartman, K. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167-185.
- LaGreca, A., & Hanna, N. (1983). Health beliefs of children and their mothers: implications for treatment. *Diabetes*, 32 (suppl.), 66.
- Leventhal, H. (1982). Wrongheaded ideas about illness. *Psychology Today*, 16, 48-55.

- Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revensin, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (vol. 2, 7-30). New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, E. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients*. London: Croom Helm.
- Maini, R., & Zvaifler, N. (1998). Rheumatoid Arthritis. In J. H. Klippel, & P. A. Dieppe (Eds.), *Rheumatology* (vol. 2, 1-30). London: Mosby.
- Monaghan, S., Sharpe, L., Denton, F., Levy, J., Schrieber, L., & Sensky, T. (2007). Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatism*, 57, 303-309.
- Newman, S., & Mulligan, K. (2000). The psychology of rheumatic diseases. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*, 14, 773-786.
- Parker, J., & Wright, G. (1995). The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis: the impact of arthritis. *Arthritis Care and Research*, 8, 279-281.
- Piaget, J. (1968). *Le structuralisme*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Queiroz, M. V. (Ed.) (1996). *Reumatologia Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Queiroz, M. V. (Ed.) (2002). *Reumatologia* (vol. 4). Lisboa: Lidel.
- Reis, J. (1993). Metodologia construtivista e desenvolvimentista para prevenção de reacções emocionais excessivas em pacientes de cirurgia cardíaca. *Psicologica*, 10, 69-98.
- Reis, J., & Fradique, J. (2002). Desenvolvimento socio-cognitivo de significações leigas em adultos: causas e prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 20 (1), 5-26.
- Reis, J., & Fradique, J. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 20 (3), 475-485.
- Revesin, T., & Singer, S. (Eds.) (1980). *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Roter, D., & Hall, J. (1987). Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. *Journal of General Internal Medicine*, 2, 325-329.
- Silva, J. (2004). *Reumatologia prática*. Coimbra: Diagnóstico.
- Teixeira, J. (1996). Aspectos psicossociais das doenças reumáticas. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Teixeira, J. (2002). Depressão e reumatismo. In M. V. Queiroz (Ed.), *Reumatologia* (vol. 1, 457-460). Lisboa: Lidel.
- Vaz, A. (Ed.) (2000). *Artrite Reumatóide*. Lisboa: Lidel.
- Yelin, E. (1998). The economic and functional impact of rheumatic disease in the US. In J. H. Klippel, & P. A. Dieppe (Eds.), *Rheumatology* (vol. 1, 51-54). London: Mosby.
- Yelin, E., Henke, C., & Epstein, W. (1987). Work dynamics of the person with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 30, 507-512.

RESUMO

O estudo das significações, representações ou crenças dos doentes sobre as suas doenças tem constituído um domínio prevalecte na Psicologia da Saúde e da Doença. Numa perspectiva desenvolvimentista, estas significações podem ser categorizadas em termos de níveis de progressiva abstracção e complexidade, e as acções a que estão ligadas em termos de operações dialécticas de descentração e compensação. Para ilustrar um enquadramento metodológico desta concepção, os autores apresentam os primeiros resultados de uma investigação com doentes de Ortopedia e Reumatologia, sobre a ligação desses níveis e operações a uma metodologia de auto-monitorização do sintoma principal, geralmente a dor física, e do controlo percebido sobre o mesmo.

Palavras-chave: Significações da doença, níveis de significação, operações dialécticas, Ortopedia, Reumatologia, auto-monitorização.

ABSTRACT

The study of the patients' significations, representations or beliefs about their illnesses has been a prevailing domain in Health and Illness Psychology. From a developmental perspective, these significations may be characterized in terms of levels of progressive abstraction and complexity, and the actions to which they are associated in terms of dialectic operations of decentration and compensation. In order to illustrate a methodological orientation of this conception, the authors introduce the first results of an investigation addressed to patients of Orthopaedics and Rheumatology, about the connection of those levels and operations to a methodology of self-monitoring of the main symptom, in most cases the physical pain, and of the perceived control of that symptom.

Key words: Illness significations, levels of significations, dialectic operations, Orthopaedics, Rheumatology, self-monitoring.